



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CONCLUSÃO DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Albertina Rocha

José António da Cruz

Sónia Maria Dias Alves Fermino

TUBERCULOSE PULMONAR: CONHECER PARA MELHOR CUIDAR

2013

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Licenciandos:

Albertina Rocha

José António da Cruz

Sónia Maria Dias Alves Fermino

TUBERCULOSE PULMONAR: CONHECER PARA MELHOR CUIDAR

Orientador:

Mestre Carlos David

Mindelo

Aos familiares pelo apoio companheirismo e sacrifício consentidos.

Agradecimento

A realização deste trabalho só foi possível graças à oportunidade dada pela Universidade do Mindelo/ESEL em abertura do Curso de Complemento em Enfermagem – Licenciatura, pela qual expressamos os mais sinceros agradecimentos.

SIGLAS / ABREVIATURAS

AC	-	Antes de Cristo
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
ADT	-	Assistência Domiciliar Terapêutica
BCG	-	Bacilo CalmetGuérin
BK	-	Bacilo de Kock
DEVEP	-	Departamento de Vigilância Epidemiológica
DGS	-	Direcção Geral saúde
DSV	-	Delegacia Saúde de São Vicente
HBS	-	Hospital Baptista de Sousa
INE	-	Instituto Nacional de Estatística Despesas e Receitas Familiares
OMS	-	Organização Mundial Saúde
PNCT	-	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
TB	-	Tuberculose
TB MR	-	Tuberculose Multirresistente
DOT	-	Tomada observada directamente
TP	-	Tuberculose Pulmonar
VIH	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	-	Word Health Organization
PNLCT	-	Programa de luta contra tuberculose

*A cura é um processo global, envolvendo
a totalidade do ser humano e não apenas
a parte enferme
Leonardo Boff*

Resumo

A tuberculose é uma das principais causas da morbilidade e mortalidade a nível mundial. Apesar dos esforços e das estratégias definidas pela organização mundial da saúde (OMS), persistem atrasos no diagnóstico efectivo e na iniciação do tratamento. A tuberculose pulmonar é um grave problema social e um grande desafio para a saúde pública. A identificação dos casos, o início precoce e rigoroso do tratamento farmacológico e medidas que visem a protecção das pessoas que convivem com o doente, são fundamentais para o controle da doença. Neste contexto, o papel do enfermeiro na equipa multiprofissional de saúde, por meio de uma assistência sistemática é de extrema relevância. Em São Vicente, não obstante os esforços feitos para debelar a doença, têm-se a percepção de que o número de casos se vem aumentando, motivo que esteve na base da proposta de elaboração deste trabalho, cujo objectivo principal é o de contribuir para o seu controlo. Para o cumprimento desse objectivo, foi feita uma análise dos últimos 3 anos e uma entrevista semiestruturada aos doentes internados no sector de tisiologia do Hospital Baptista de Sousa e os que se encontravam em seguimento na Delegacia de Saúde da ilha. A análise dos dados aponta para um aumento dos casos, um fraco reconhecimento da doença (causa e forma de transmissão), a modalidade de tratamento, bem como revela percepções dos pacientes, que fornecem dicas que, em nossa opinião, deverão ser utilizados na melhoria do atendimento.

O tratamento supervisionado deverá ser posto em prática como ferramenta de eleição na abordagem, como um meio de reduzir a transmissão seja através do controlo, seja privilegiando acções educativas no âmbito familiar e, finalmente, como uma possibilidade de ampliar a capacidade de intervenção, através de estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilidade na perspectiva de garantir a adesão do paciente ao tratamento e melhor qualidade de vida, contribuindo para o controlo efectivo da doença.

Palavras- chave: Tuberculose, Controlo, Enfermagem.

ABSTRACT

Tuberculosis is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. In spite of the efforts and defined strategies of the World Health Organization (WHO), backwards on the effective diagnosis and treatment initiation persists. The pulmonary tuberculosis is a serious social problem and a big challenge to public health. The cases identification, the premature beginning and severity of the pharmacologic treatment as well as actions in order to protect the people in contact with the diseased are fundamental to control the disease. In this context, the role of the nurse in the multiprofessional health team is extremely relevant by means of a systematic assistance. In São Vicente, despite of the efforts done to overcome the illness, the perception is that case's number have been increased, basis motive of this work, whose main objective is to contribute to its control. To fulfil this purpose was done an analysis of the last three (3) years as well as a semi structured interview to the hospitalized diseased in the tysiology area of the Hospital Baptista de Sousa and those who were being followed up at the Health Delegation of the island. The data analysis points to an increase of the cases, low recognition of the disease (cause and means of transmission), and the method of the treatment as revealed the patients insights, who provide tips that in our opinion should be better used in the care improvement.

The supervised treatment should be put into practice as the elected tool on the approach as a way to reduce the transmission either through the control either prioritizing educative actions in the familiar sphere and finally as a possibility to enlarge the intervention competence through the settlement of bond, reception and responsibility, foreseeing the accession of the patient to the treatment and a better quality of life, contributing to the effective control of the disease.

Keywords: Tuberculosis, Control, Nursing

SUMÁRIO

O. INTRODUÇÃO.....	11
I. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
I.1 Tuberculose	12
I.1.1. História da Tuberculose	12
I.1.2 Conceito de Tuberculose.....	14
I.1.3 Controlo da Tuberculose.....	16
I.1.4 A Situação em Cabo Verde.....	18
I.2 O Papel da Enfermagem no Controlo da Tuberculose	20
1.2.1 Contribuição da Enfermagem na Redução da Incidência de Tuberculose.....	21
I.2.2 Contribuir na Preparação do Doente/Família para Alta Incentivando a Continuidade do Tratamento e Acompanhamento de Enfermagem.	25
I.2.3 Contribuir para a Mudança de Comportamento, Ensinando o Doente/Família/Comunidade, sobre o que é a Tuberculose e o Modo como se Transmite para a Diminuição de Contaminação	27
II. METODOLOGIA	31
II. 1 População Alvo	31
II. 2 Colheita de Dados	31
II. 3 Aspectos Éticos.....	32
III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	33
III. 1 A avaliação do doente com tuberculose segundo o Modelo teórico de Virgínia Henderson com base nos resultados do estudo.	35
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ÍNDICE DE ANEXOS	45

ÍNDICE DE ANEXOS

Gráfico 1: Distribuição de todos os dados detectados e registados em São Vicente na faixa etária de 15 a 44 anos.....	37
---	----

O. INTRODUÇÃO

A OMS defende que a desvalorização dos sintomas como a tosse pode ser uma razão importante a condicionar o atraso na procura de tratamento. Essa organização define como prioridade para o combate da tuberculose, o aumentar do nível de conhecimento sobre a tuberculose e o aumentar da rapidez com que os doentes sintomáticos procuram os cuidados de saúde, diminuindo a estigmatização sobre a doença, bem como aumentando a adesão à terapêutica.

Os esquemas terapêuticos recomendados pela OMS têm-se revelado bastante eficazes na prevenção e tratamento da TB, mas a fraca adesão aos medicamentos anti tuberculose é um importante obstáculo para o controle global da doença. Sendo a TB uma doença transmissível, uma baixa adesão ao tratamento prévio aumenta os riscos de morbilidade, mortalidade e resistência medicamentosa, quer para o individuo, quer para a comunidade (WHO,2003).

Chang, Wu, Hansen (2004), defendem que uma melhor compreensão das vivências dos doentes com TB pode ajudar a melhorar os esquemas terapêuticos, a adesão ao tratamento, ao funcionamento e bem-estar das pessoas, promovendo o sucesso do seu tratamento. No entanto um estudo feito por Pandit e Choudhary (2006), destaca a toxicidade dos medicamentos como o principal motivo para a falta ao tratamento. Muitos outros motivos foram referidos por estes autores como tradicionais factores de risco para o abandono; os factores socio demográficos, o tempo de viagem, os custos inerentes ao tratamento e o longo período de espera, são obstáculos mais comumente referidos na literatura.

De acordo com Monroe, Neto e Vendramini (2008), a tuberculose pulmonar quando diagnosticada precocemente e sujeita ao tratamento correcto e completo, se consegue de forma segura e progressiva controlar a situação epidemiológica pela redução da morbilidade e mortalidade associadas a mesma, bem como para minimizar a propagação da infecção aos contactos.

A constatação em SãoVicente dum aumento significativo de internamentos devido a essa doença, desconhecendo-se, no entanto, as causas subjacentes, não obstante as mensagens que circulam sobre a tuberculose e os cuidados a ter, esteve na base da formulação dos objectivos para este trabalho, que passamos a indicar de seguida:

- **Objectivo Geral:** Identificar intervenções no âmbito da enfermagem que contribuam para a redução da TB em São Vicente.
- **Objectivos específicos:** Conhecer a epidemiologia da TB em São Vicente; Identificar o Contributo na preparação do doente/família para a alta e incentivo para a continuidade do tratamento e o acompanhamento de enfermagem; Reflectir sobre os contributos da mudança de comportamento para redução do risco de contaminação.

I. REVISÃO DA LITERATURA

I.1 Tuberculose

I.1.1. História da Tuberculose

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2008) “a tuberculose TB é referenciada na antiguidade tanto por egípcios como por gregos. Porém, só no século XVII, começaram a aparecer descrições etiológicas patológicas exactas de TB, quando apareceram as primeiras referências à natureza infecciosa da doença na literatura médica italiana” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008:8).

Nessa altura, ainda não se avistava a cura da TB. A iniciação do tratamento passou pela criação de santórios” em locais de clima mais saudável, onde os doentes estavam continuamente expostos ao ar puro”. Tais sanatórios serviam conforme Ávila (1987), não só para isolar os doentes porque desconheciam as formas de contágio, como também permitia que os médicos acompanhassem a evolução da doença e, ainda, acreditava-se que era fundamental o repouso físico e psíquico dos doentes. O sanatório era mais frequentado pelas pessoas com maior possibilidades financeiras, em os outros menos possibilidades morriam em casa.

Em 1865, um médico militar francês, Jean-Antoine Villemin, demonstrou que a TB podia ser transmitida dos seres humanos aos bovinos e dos bovinos aos coelhos. Com base nesta evidência, postulou que a TB era contagiosa e que a causa da doença era um microrganismo.

Em 1882, um cientista alemão, Robert Koch, descobriu o *Mycobacterium tuberculosis* e começou realmente a luta contra a TB. Um outro marco ocorreu em 1898, quando Wilhem KonralVo Roentgen descobriu a radiação.

A partir de então a progressão e a gravidade da doença de um determinado individuo podiam ser seguidas e analisadas. O bacteriologista francês

Albert Calment trabalhou em conjunto com Camille Guérin para desenvolver uma vacina contra a TB. Em 1921, desenvolveram um bacilo inofensivo para o ser humano, mas com a capacidade de estimular a produção de anticorpos. A partir de 1924, praticou-se alargadamente a vacinação de recém-nascidos. A vacina do bacilo Calmete – Guérin (BCG), ainda hoje utilizada.

Em 1943, a meio da segunda guerra mundial, um cientista americano, Selman A. Waksman, descobriu a estreptomicina, um antibiótico que conseguia matar a bactéria da TB. Nos anos seguintes, apareceu uma rápida sucessão de fármacos anti TB que tornou o tratamento primordialmente ambulatorio, diminuindo a necessidade de internamentos e culminando na desactivação dos sanatórios. Acreditou-se que a TB estivesse controlada e que deixaria de ser um problema de Saúde Pública. No entanto, o abandono do tratamento, o aumento da pobreza, o crescimento populacional, a migração, o aumento da influência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em alguns países e as políticas de saúde inadequadas, levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a concluir que os governos de muitos países com alta prevalência de tuberculose negligenciaram, no passado, o controle dos tuberculosos (DGS, 2006).

Em Abril de 1993 a OMS declarou a TB como emergência global. Reconheceu a doença como um importante problema de saúde pública até então descurado e sem controlo em muitas regiões do mundo (Comissão de Luta contra a Tuberculose, 1995). Segundo Ramiro Ávila (1987:1), antes da descoberta dos anti bacilares, a sua elevada morbilidade e mortalidade tornaram-se conhecidas como peste “branca” por oposição á peste negra cujas epidemias ficaram na memória dos Homens. O efeito devastador da tuberculose desde sempre tem constituído um sério desafio ao engenho do Homem e da Ciência. A investigação e as descobertas que resultaram do seu estudo vieram modificar a ciência em geral e a Medicina em particular. Como um provável acompanhante da evolução das sociedades humanas, a tuberculose conheceu ao longo dos milénios, diversas interpretações mais ou menos obscurantistas e sobrenaturais. Consequentemente, os tratamentos variavam entre os ritos exorcizantes e atitudes de resignação e de aceitação de castigos divinos. Com o advento da civilização Greco-romana, o florescimento de ideias e o aparecimento de novas metodologias de tratamento tornou-se mais fácil o reconhecimento das características fundamentais dessa doença; estabeleceram-se conceitos e descrições, ainda hoje perfeitamente válidas, e, finalmente, foram lançadas medidas terapêuticas e preventivas causais. A tuberculose perdeu o carácter divino.

A Tuberculose pulmonar continua sendo um grave problema da saúde pública. Há uma ligação forte entre a tuberculose e a pobreza. A incidência da tuberculose aumentou numa forma preocupante com níveis elevadíssimos de casos em todo o mundo, mesmo nos países desenvolvidos e industrializados, no limiar dos anos 2000, (Pina,2000).

Acrescenta (*ibid.*: 566)ainda esta incidência está relacionada com problemas crónicos de pobreza, alcoolismo crónico, toxicodependência, habitações degradadas e superlotadas, má nutrição, forte ligação com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH-SIDA) e falta de acesso aos serviços de saúde. Esta falta de aceso é um factor de risco para a infecção com o *Mycobacteriumtuberculosis* e o atraso no tratamento aumenta o risco da mortalidade e grave morbilidade no desenvolvimento de Tuberculose Multirresistente (TBM).

Valente (2000), no seu estudo revela que nos adultos a tuberculose é a primeira causa de morte por um agente infeccioso, sendo o impacto maior nos países em desenvolvimento, onde se registam (98%) de todas as mortes por tuberculose. Apesar de ser conhecida há mais de um século e de existirem fármacos altamente eficazes no seu tratamento, a tuberculose continua a construir um importante problema da Saúde Pública, sobretudo nos países em desenvolvimento.

I.1.2 Conceito de Tuberculose

A tuberculose é, ainda hoje, um grave problema da saúde pública em todas as regiões do mundo (Murray e Lopes, 1996). Por isso, torna-se relevante conhecer essa doença para melhor cuidar e ajudar no tratamento.

Segundo Kraig (1996) a tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria, um bacilo álcool-resistente, *Mycobacteriumtuberculosis*, também denominado bacilo de Koch que afecta principalmente os pulmões. Pode também ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, pleura, rins e meninges. Alguns pacientes não exibem nenhum sintoma. Na maioria dos infectados, os sinais e sintomas mais frequentemente descritos são: tosse seca continua, no início, depois com presença de secreção por mais quatro semanas, transformando-se, na maioria das vezes, em tosse com sangue; cansaço excessivo; febre baixa, geralmente à tardinha; sudorese nocturna; falta de apetite; palidez; emagrecimento acentuado; rouquidão; fraqueza; dores musculares e prostração.

Os casos graves apresentam problemas na respiração, eliminação de sangue (hemoptise) e acúmulo de pus na pleura pulmonar.

A doença evolui naturalmente para a cronicidade, acarretando elevada invalidez ou morte. Hoje, a tuberculose é uma doença que pode ser curável ao fim de seis meses de tratamento, por um custo baixo.

Segundo (Rieder, 2001), a transmissão da TB é directa, de pessoa a pessoa, portanto a aglomeração de pessoas é o principal factor de transmissão. O doente expela ao falar, respirar e tossir, pequenas gotas de saliva que contém o agente infeccioso e podem ser aspirados por outro indivíduo, contaminando-o. A má alimentação, a falta de higiene, tabagismo, alcoolismo ou qualquer outro factor que gera baixa resistência orgânica, também favorece o estabelecimento da doença. Normalmente, e na ausência de resistência aos fármacos, o doente deixa de ser contagioso nas primeiras semanas. Entretanto deve cobrir a boca quando tosse e usar máscara em ambientes fechados. No tratamento de pessoas com TB, durante o período em que podem transmitir o bacilo, é recomendada como boa prática a utilização de quartos individuais. Quando não é possível cuidar das pessoas com TB em quartos separados, pode-se reduzir o risco de transmissão mantendo janelas abertas o mais tempo possível, permitindo uma boa ventilação, pois o risco de um indivíduo susceptível contrair a infecção está intimamente ligado à densidade bacilar no ar respirado e também ao tempo de exposição a esse ar. A ventilação é importante para reduzir as concentrações de partículas infecciosas suspensas no ar. Estas partículas infecciosas, quando expostas aos raios ultravioletas de luz solar, morrem rapidamente.

O aumento assustador de doentes toxicodependentes e com o Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), associado a uma previsível emergência de estirpes de bacilos de Koch resistentes à terapêutica existente e, a acrescentar a estes factos, a grande influência de imigrantes oriundos de países onde a TB é altamente prevalente (WHO,2000) pode pôr em causa os sistemas de controlo instituídos.

Muito embora a TB seja curável, existe ainda um impacto significativo sobre a qualidade de vida da pessoa doente (Marra et al.,2004). Para (Schmentana et al., 2008), a tuberculose exige programas que visem a melhoria de qualidade de vida, sendo o seu controlo um grande desafio que impõe a resolução de problemas no sentido de promover o cumprimento dos esquemas terapêuticos. Vários autores defendem que a monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes pode otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico (Marra et al., 2004).

As características dos doentes que disseminam bacilos e as dos seus contactos, bem como as suas relações, interferem favorável ou desfavoravelmente na transmissão da TB (Nardell,1986). Assim a evolução da infecção para a doença, além da virulência do bacilo e da concentração de bacilos inalados, depende também dos mecanismos de defesa do indivíduo infectado (Cunha e Soares,2007).

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está directamente associada a forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como a implementação de políticas de controlo da doença. Os processos de produção e reprodução estão directamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo.

Segundo Dhuriaecolaboradores (2008), os cuidados de saúde, para serem compreendidas na sua essência, devem incluir para além dos indicadores de mudança na frequência e agravamento da doença, indicadores de bem-estar.

A importância do problema da tuberculose *varia* em diferentes regiões do mundo. Por exemplo, o risco anual de infecção tuberculosa em muitos países africanos varia entre 0.7% e 2,0%, o qual corresponde a uma incidência anual de aproximadamente 35 a 100 casos com baciloscopia positiva um por 1000.000 habitantes. (Ait-Khaled e Dornald, 1999).

I.1.3 Controlo da Tuberculose

Segundo (Campos, 2011) durante milhares de anos, as pessoas têm adoecido e morrido por causa da doença. No entanto, o número de casos desceu drasticamente em meados do século XX graças a melhoria nos padrões de vida, melhor saúde em geral, medicamentos antituberculosos eficazes e programas de vacinação. (*ibidem*) de facto os progressos contra a doença foram tão importantes que muitos países acreditaram que podia erradicar definitivamente a tuberculose. Devido à prevalência do VIH em muitas regiões do mundo, a tuberculose passou a estar associada à SIDA e tornou-se a primeira causa de morte entre as pessoas seropositivas.

Muitas pessoas só descobrem que estão infectadas pelo VIH quando são diagnosticadas com TB. Nesta situação é importante saber que se pode beneficiar de tratamento e cuidados de saúde eficazes, para as duas doenças, que melhoram a qualidade de vida.

Todo o ser humano tem direito desfrutar dum bom nível de saúde física e mental e à satisfação das necessidades básicas como a alimentação, vestuário, habitação,

assistência médica e serviços sociais; aspectos que são claramente destacados no Código da Ética e do Conselho Internacional de Enfermagem.

O êxito na luta contra a tuberculose exige uma cooperação estreita entre as autoridades governamentais e todos os trabalhadores da Saúde dos diferentes níveis. Ademais devem participar na luta contra a tuberculose, as associações de portadores e os trabalhadores da Saúde comunitária, os grupos religiosos, os partidos políticos, assim como outros representantes das comunidades.

É importante fazer compreender aos portadores, a natureza da tuberculose e as possibilidades de preveni-la e curá-la.

Deve-se insistir no facto de que a doença é curável em 100% e que não há razão alguma para que exista medo na comunidade.

A tuberculose não deve ser estigmatizada, como foi no passado.

A participação da comunidade pode contribuir para a prevenção da doença, mediante a vacinação BCG, a detecção, estimulando aqueles que apresentam sintomas suspeitos da tuberculose para buscar atenção dos profissionais de Saúde, favorecendo o cumprimento do tratamento por parte do paciente. De assinalar que os sintomas mais frequentes da tuberculose pulmonar são: a) tosse, que persiste durante três semanas ou mais, com expectoração, às vezes contendo sangue; b) perda de peso; c) sudorese nocturna; d) febre; e) dificuldades respiratória; f) dor no tórax.

O diagnóstico da tuberculose é mais frequente entre os pacientes com os sintomas acima referidos e contactantes dos pacientes com baciloscopia positiva.

O controlo da tuberculose, como em toda a doença transmissível, focaliza-se na prevenção da propagação da infecção.

O objectivo principal da detecção no controle de tuberculose é identificar e curar as fontes de infecção na comunidade e explicar às pessoas como os bacilos tuberculosos se propagam.

Segundo Hertaing (s/data), nos países em desenvolvimento, a detecção e o tratamento podem ser realizados por serviços gerais da saúde e confiados ao pessoal paramédico, se estes são bem formados e supervisionados regularmente.

A detecção e o tratamento diminuem o sofrimento e evitam a morte por tuberculose se são aplicados correctamente.

I.1.4 A Situação em Cabo Verde

Em Cabo Verde, a tuberculose é um problema de saúde pública, não só pela morbilidade como pela mortalidade e diminuição da qualidade de vida de que é a causa. Embora desde muito cedo a doença tenha merecido a devida atenção dos serviços de saúde, só em 1986 foi implementado o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose como uma necessidade de ultrapassar as limitações do controle da TB no país.

O aparecimento da infecção pelo VIH, bem como o aumento a sua detecção nos últimos anos em Cabo Verde não aumentou sobremaneira os números de casos de tuberculose o que pode ser confirmado pelos dados do Programa Nacional de Luta contra a SIDA, onde a Tuberculose não aparece como a primeira infecção oportunista nos doentes infectados, como acontece na maioria dos outros países africanos. A pobreza que afecta cerca de 37% da população, de acordo com o INE (2005), continua a constituir um dos principais factores de aparecimento e transmissão da doença.

O controlo da tuberculose no país enfrenta outros desafios importantes nomeadamente da multirresistência e da taxa considerável de abandono.

Cabo Verde, através do Ministério de Saúde publicou em 1995 o plano nacional da luta contra a tuberculose. Tem como metas prioritárias, o sucesso terapêutico, a capacidade de detecção e prevenção da resistência aos anti bacilares. Trata-se de um programa permanente, gratuito e com aplicação nacional, devendo adaptar-se às necessidades expressas pela população, estar integrado na estrutura sanitária da colectividade e considerar todos os pacientes com os mesmos direitos e regalias, garantindo idêntico acesso à prestação de cuidados de saúde (Comissão Nacional de Luta Contra a Tuberculose,1995). Refere que a gratuidade é vital para assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento completo, permitindo actuar na prevenção, designadamente na vigilância de contactos e de antigos doentes e em todas as acções de diagnóstico precoce, que o planeamento e a avaliação deverão ser permanentes, simples e eficientes, sendo a formação contínua, a todos os níveis do pessoal de saúde, um imperativo para êxito do programa. A implementação do PNLCT a nível das diversas estruturas tem garantido a regular respostas dos sectores às linhas orientadoras do programa.

O Programa de Luta Contra a Tuberculose (PLCT) está integrado no Serviço de Prevenção de Doenças Transmissíveis e Meio Ambiente da Direcção Geral da Saúde.

Os hospitais centrais e regionais têm o seu papel bem definido na estrutura de programa.

Em Cabo verde, o tratamento padronizado da tuberculose é custeado pelo governo, o que facilita o processo terapêutico do paciente. Mas, mesmo assim, registam-se alguns casos de abandono.

Após a detecção da doença, a pessoa é internada por um período de dois meses e depois seguida pela Delegacia de Saúde, de seis a oito meses para dar continuidade ao tratamento. Para ajudar a melhorar o processo de tratamento foi introduzido o DOT.

Essa estratégia conta com elementos considerados essenciais para o controlo da TB:

- Compromisso governamental com actividades básicas de controlo;
- Esquemas de tratamento supervisionado durante o mínimo de seis meses iniciais;
- Sistema de registo e notificação de casos.

Após a detecção de um caso, notifica-se todos os membros da família para o despiste, efectuando exames.

A Delegacia de saúde é obrigada a manter o sistema funcional do controlo da regularidade do tratamento e de busca de faltosos.

Para garantir o seguimento regular do tratamento é imprescindível ter a ficha de tratamento com o seguimento da regularidade da toma. Vinte e quatro horas após a primeira falta, um agente de saúde capacitado e afecto ao tratamento deverá fazer uma visita domiciliária no sentido de investigar o motivo da falta, sensibilizar e motivar o doente para o retorno à terapêutica.

O tratamento é padronizado, utilizado em todas as estruturas de saúde do país. É gratuito e equitativo.

Este tratamento é garantido por um compromisso do governo não só na distribuição gratuita como também no controlo e supervisão para adesão ao tratamento. Em Cabo Verde a tuberculose é uma doença de comunicação obrigatória ou seja qualquer caso que é diagnosticado numa estrutura de saúde deve ser canalizado para a Delegacia de Saúde onde fará o seu registo.

Depois disso são notificados para despiste e exames todos os membros da família do doente.

I.2 O Papel da Enfermagem no Controlo da Tuberculose

O enfermeiro desempenha um papel nos programas de controlo. Uma das questões básicas no âmbito local, para a enfermagem, é valorizar e promover a participação da comunidade nos programas de controlo da qualidade de atenção da saúde, especialmente nos programas de enfermagem. A informação é ferramenta fundamental para capacitar o usuário, para que ele participe como elemento activo no controle social do sector. É necessário que o enfermeiro conduza um processo crítico de educação, estimulando o desenvolvimento de consciência sanitária mais ampla, buscando romper os padrões culturais que se apresentam hegemónicos e que valorizam hábitos como uso do tabaco, do álcool, de alimentos tipo *fastfood*, e que permitem o desenvolvimento da autoconsciência a cerca da própria saúde. Segundo (Silva, Sousa e Nogueira, 2007), deve ser realizada uma avaliação completa do estado nutricional do paciente, tendo em vista a recomendação precisa dos nutrientes necessários e dos alimentos que os possam conter, para a recuperação do equilíbrio perdido, pois muitos pacientes experimentam reacções gastrointestinais, devidas à sobrecarga farmacológica a que ficam sujeitos. De acordo com Rajeswar e colaboradores, (2005), os enfermeiros devem informar e permitir uma melhor orientação e acompanhamento em todo o programa terapêutico. Devem informar os pacientes da possibilidade de continuação de sintomas respiratórios e da persistência do estigma social, mesmo após a cura, bem como fornecer apoio social para os que necessitam. O oportuno aconselhamento e educação para a saúde irá aliviar o sofrimento mental e social dos pacientes. Os sintomas da doença começam a desaparecer, no decorrer do tratamento, o que induz os pacientes mal informados a começarem a acreditar que já não têm a doença, pelo facto de se sentirem melhor; tal sentimento conduz estes pacientes ao abandono e desistência do tratamento.

Para Alinger, Moore e Lasus (2006), os enfermeiros devem enfatizar a importância da adesão à terapêutica para o total cumprimento do esquema terapêutico proposto, sensibilizar a população, incentivar e sensibilizar as autoridades sanitárias para que haja um estabelecimento de relações mais estreitas entre o serviço de urgência e as outras estruturas de saúde. Segundo Antas e Menezes (2007), é, de todo, desejável a melhoria das condições de colheita de amostras ao nível dos laboratórios locais e, eventualmente, a criação de um laboratório de tuberculoso com meios adequados para a cultura de *Mycobacterium* e determinação de teste de sensibilidade aos medicamentos

antituberculose. Os doentes e familiares devem ser sensibilizados para a importância da regularidade do tratamento e cumprimento das regras de higiene.

1.2.1 Contribuição da Enfermagem na Redução da Incidência de Tuberculose

A tuberculose, muito frequentemente, é o resultado do estilo de vida não saudável, que pode estar relacionado com circunstâncias económicas ou outras. Às vezes, as pessoas não têm motivação para viver de acordo com as melhores práticas de saúde, muito embora as entendam. Outrossim, muitos indivíduos adoecem por falta de conhecimentos, ignorando os meios e os ensinamentos necessários à prevenção ou cura da doença de que sofrem. Neste sentido, a orientação, a educação e o treino são indispensáveis aos cuidados básicos de enfermagem a prestar a todos aqueles que procuram tratamento. Intervenções concretas ao nível das faixas etárias mais afectadas, família e comunidades devem ser levadas a cabo de forma a aumentar o seu nível de conhecimento e ajudar na adopção de estratégias que visem melhorar o seu estilo de vida. Igualmente deve-se proceder à identificação de grupos de risco e `melhoria das condições habitacionais, com o intuito de promover uma boa ventilação, reduzindo, desta forma, a concentração de partículas no ar. (Fleck,2008). Recorremos à teoria ambientalista de Florence Nightingale, pois a enfermagem é a arte que envolve, não somente a técnica, mas a sensibilidade na aplicação desta.

Para contribuir é fundamental elaborar planos de educação para saúde.

A educação deve assegurar a transmissão de noções básicas sobre a doença, os seus meios de contágio e as formas de prevenção. Deve ser reforçado sempre que a saúde é, também, uma responsabilidade de cada um de nós e que os conhecimentos adquiridos devem ser postos em prática. Essa educação deve ser avaliada periodicamente, com o propósito de verificar se os resultados estão a ser atingidos e propiciar a formulação de novas estratégias.

De acordo com (Bus, 2000), o trabalho do enfermeiro pode ser melhorado se a família for educada no sentido de prestar os cuidados necessários para adoptar estilos de vida saudável (higiene básica, cuidados domiciliários), ensinando a população através de palestras nos bairros, de que ao tossir devem tapar a boca, não escarrar no chão, ter a casa limpa e ventilada, ter uma alimentação adequada, incentivar as mães para visitas ao centro de saúde no sentido de cumprir o calendário de vacinação de BCG das crianças. Informar sempre as pessoas do seguinte: a) devem contactar os serviços de saúde mais

próximo da sua zona, sempre que detectarem qualquer sintoma de tosse por mais de 15 dias, febre, falta de apetite, emagrecimento, dores no peito, fadiga e dificuldade em respirar; b) a transmissão é feita de indivíduo afectado para outra pessoa saudável através da tosse, espirros e catarro; qualquer pessoa que entre em contacto com o escarro saído de um corpo doente com TB pode apanhar a tuberculose; d) nem todas as pessoas com contacto com o bacilo apanham TB. As pessoas com boas defesas no corpo podem ficar com o bacilo durante muito tempo sem adoecer, mas outras ficam doentes logo que o apanham; e) a fraqueza das defesas do nosso corpo pode ser provocada por vários factores, nomeadamente: doenças como as diabetes e a sida, fraca quantidade e qualidade de alimentação, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, stress constante, viver em lugares com fraca ventilação, com muitas pessoas e onde há pouca luz solar (Teixeira, 2004).

De acordo com (Monroe, Netto e Vendramini), a enfermagem têm um papel fundamental na prestação dos serviços saúde, proporcionando a melhoria nos índices epidemiológicos de saúde da comunidade. A actuação do enfermeiro abrange uma vasta área tanto a nível hospitalar como na comunidade. Os enfermeiros são imprescindíveis na realização de acções preventivas (BCG, quimioprofilaxia) e educativas junto das comunidades. Para os indivíduos que se encontram doentes ensiná-los que nunca devem desistir de tomar os medicamentos, porque a doença reaparece e os micróbios podem tornar-se resistentes aos medicamentos. Devem ser adoptadas medidas que facilitem e favoreçam o acesso do doente a um atendimento com presteza, o que, certamente, melhorará e facilitará a adesão do paciente ao tratamento. As visitas domiciliárias são essenciais para o bom acompanhamento dos casos da TB em regime supervisionado. Um contacto estreito com a realidade dos pacientes favorece a convivência dos enfermeiros com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular.

A Direcção Geral de Saúde (2008) no plano nacional da tuberculose afirma que a adesão ao tratamento é um fenómeno pluridimensional, onde cinco factores se conjugam: os relacionados com o próprio doente; os socioeconómicos; os relacionados com a doença, os relacionados com o tratamento e os relacionados com o sistema de prestação de cuidados.

Tekle, Mariam e Ali (2002) encontraram resultados que confirmaram que os efeitos colaterais da medicação é um dos principais factores que contribuíram para a elevada taxa de incumprimento terapêutico. Outros autores referiram a falta de apoio familiar, o inadequado conhecimento sobre a duração do tratamento, a medicação e

informação sobre os seus efeitos colaterais, como principais causas do abandono do tratamento.

A educação para a saúde é crucial no sentido de se reforçar a componente positiva e eliminar a atitude negativa associada erradamente à doença. Segundo (Campell e Sow 2006), a base do seu sucesso está na relação de empatia que o enfermeiro conseguir criar com o seu doente. Construir um bom relacionamento com os pacientes é crucial para o cumprimento do tratamento e seu seguimento. Também é necessário encontrar estratégias inovadoras no que diz respeito à educação para a saúde. O doente TB precisa sentir que alcançar a saúde é o meio para atingir os seus objectivos de vida. As medidas e estratégias devem ser adoptadas no sentido de promover o sucesso da terapêutica, prevenindo o abandono ou a sua interrupção.

O bom relacionamento entre o doente e o enfermeiro, a informação e educação sobre a doença e o seu tratamento, a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, bem como a motivação e a crença na eficácia do tratamento, devem ser exaltados e potenciados no sentido de se obter um impacto positivo na adesão ao tratamento (DGS, 2008).

Uma das contribuições para a redução da transmissão da tuberculose em São vicente é a educação para a Saúde.

Deve ser realçada a importância do controle de Saúde atempado, nos casos da ocorrência de sintomas respiratórios, especialmente a tosse persistente por mais de três semanas. Os doentes que apresentam estes sintomas devem pedir um exame de expectoração nos centros de saúde, na Delegacia de Saúde ou quando numa consulta hospitalar.

O apoio social é fundamental para a redução da transmissão.

Apesar dos grandes avanços, a tuberculose ainda é diagnosticada nos bancos de urgência. O diagnóstico precoce é o primeiro passo para a sua redução. O relacionamento ao atendimento a isto é o vínculo entre o paciente e o enfermeiro aumenta muito a possibilidade que ele complete o tratamento, contribuindo para o aumento da percentagem de cura. As acções de vigilância são importantes.

A falta de adesão ao tratamento é considerado o maior obstáculo ao controle da doença, enquanto problema de saúde pública, pois, contribui para o surgimento da resistência aos fármacos utilizados.

Da ponte de vista e percepção, deverão ser preocupações da enfermagem, o seguinte:

- Auxiliar na identificação de sintomas respiratório, adesão ao tratamento até a obtenção de cura.
- Divulgar informações sobre a tuberculose nas escolas nas igrejas nos serviços de saúde e na comunidade, favorecendo atitudes positivas de saúde e o desenvolvimento de estilos de vidas que promovem a saúde.
- Realizar parcerias com organização não-governamentais na área de desenvolvimento social.
- Orientar os pacientes, que devem ser informados sobre a transmissão do Tuberculose, em como devem cobrir a boca e o nariz ao tossir, utilizando preferencialmente lenço descartável ou máscaras cirúrgicas para reduzir a geração de partículas infestantes no ar. Instruí -los em relação a medida de higiene.

O doente a respectiva família é, sem sombra de dúvida, uma fonte de informação muito preciosa. Os meios mais eficazes para obter a informação são os centros de saúde de cada zona ou na Delegacia

Elaborar teorias em ciência de enfermagem exige a identificação prévia dos fenómenos que constituem o centro de interesse científico dos enfermeiros

Tendo em vista que a tuberculose está associada a infecção VIH, os pacientes com tuberculose devem ser instruídos sobre a prevenção da transmissão da infecção VIH. A investigação de pelo menos, os contactos que moram na mesma casa, fornece uma oportunidade valiosa para educar as pessoas, que foram potencialmente infectadas com tuberculose, de modo, a que estas consigam reconhecer os sinais e sintomas, e procurar a ajuda e tratamento necessários, em caso do reaparecimento da doença no futuro. Os doentes devem ser encorajados, também, a conversar acerca da sua doença com outras pessoas com quem tenham estado em contacto e que apresentam sinais e sintomas dessa mesma doença.

A responsabilidade do enfermeiro vista de uma forma holística e científica abrange uma visão ampla inspirada no desejo, nos valores e nas possibilidades do “nós queremos”, nós devemos”, “nós somos capazes. Nesta óptica, abrange empreendedorismo, processo de liderança, padrões de assistência, gestão de serviços, prática e teoria, fluxo e processo assistencial, responsabilidade para atingir a qualidade e credibilidade.

O enfermeiro deve adoptar visitas domiciliárias como rotina de trabalho. Deverá proceder a ajustes no planeamento ou na organização de acções, sempre que for necessário, tendo como enfoque o cumprimento adequado das prescrições oficiais do

programa nacional da luta do Bacilo Kock em conformidade com os objectivos de atenção primária da saúde.

A promoção da continuidade dos cuidados é o objectivo primordial da utilização dos sistemas de informação de enfermagem.

Reforçar a necessidade de adopção de práticas seguras, elaborar um plano de redução de riscos de transmissão para outros, discutir sobre a possibilidade de tratamento e qualidade de vida. O enfermeiro procura conhecer o conjunto das necessidades do paciente, com vista à manutenção e restabelecimento da independência no que refere a satisfação das catorze necessidades.

A enfermagem deve contribuir o bem-estar do doente, zelando pelo seu conforto. O conhecimento do doente do seu meio é fundamental para a definição de acções que visem ajudar na prevenção à extensão da doença.

Servir os doentes implica servir a instituição e seus representantes, ajudando a aliviar a dor o sofrimento físico e mental.

O enfermeiro só se deve considerar devidamente qualificado quando dominar o seu trabalho no plano técnico, com eficiência, e, no plano social, der provas do seu valor social.

Deverá haver uma partilha de informação entre os hospitais e os centros de saúde.

I.2.2 Contribuir na Preparação do Doente/Família para Alta Incentivando a Continuidade do Tratamento e Acompanhamento de Enfermagem.

A pessoa internada tem fragilidades devido à doença. Durante o seu internamento deve ser informada do diagnóstico e tratamento a efectuar, possíveis riscos e tratamentos alternativos, pois, é vista como um parceiro no processo Saúde. A fragilidade devido à situação clínica determina necessidades específicas não só de diagnóstico, mas também de tratamento. A vulnerabilidade do doente depende também das características que lhe são próprias, independentemente da sua situação clínica, idade, educação, cultura etc.

A alta hospitalar deverá ser procedida dum período de preparação, isto é, ao longo da hospitalização, de modo a dar tempo ao doente para aprender e fazer perguntas, tendo em conta o conhecimento social muitas vezes indispensável para a reintegração e a continuidade de cuidados.

O doente e os familiares têm direito a ser informados das razões da alta, e ser esclarecidos de que a continuidade e qualidade dos cuidados ficam no entanto garantidas. Após a alta hospitalar, o doente e a sua família precisam estar informados acerca das consultas de seguimento, amostras e exames que sejam necessários. Os doentes e família precisam de ser recordados de que os efeitos adversos dos medicamentos são raros, mas devem ao mesmo tempo ser ensinados a reconhecer quaisquer efeitos adversos potenciais e a comunica-los, como por exemplo, irritações na pele, icterícias, perturbações visuais, problemas gastrointestinais e formigues nos dedos das mãos e dos pés.

O doente precisa de ser avaliado continuamente para monitorizar o respectivo progresso, e manter-se informado sobre quaisquer alterações que possam afectar o tratamento e cuidados.

Deve ser acordado uma rotina para o seguimento regular entre o doente/família e o enfermeiro que supervisiona a fase inicial do tratamento. Tal poderá envolver consultas ao domicílio ou no estabelecimento de cuidados de Saúde, ou uma mistura de ambas, de acordo com a preferência do doente ou eventuais limitações físicas ou mentais. Os doentes devem ser observados, pelo menos, mensalmente durante a fase de contaminação. É importante que os doentes saibam a quem recorrer, caso tenham um problema, e obtenham resposta de forma pronta e apropriada, da parte dos serviços contactados.

Ensinar a família a melhorar a qualidade de vida para evitar novo internamento, pois a hospitalização trás uma rotura do meio social, costumes e actividades. O enfermeiro deve reconhecer a família como parceira principal na prestação de cuidados e deve criar oportunidades e meios para identificação das suas competências necessárias de acordo com as necessidades, pois quando um membro precisa de assistência, a família toda precisa. A parceria deve ser entendida não só no modo de fazer mas sim o modo de estar e pensar. A equipa de enfermagem deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da família. Toda a família deve ter um plano de saúde, de forma a evitar determinadas reincidências.

A preocupação de garantir a continuidade de cuidados ao doente é a forma de levar em conta as suas necessidades humanas fundamentais

A relação entre quem presta e quem recebe cuidados, põe em causa uma certa segurança adquirida pela extensão do campo de competência técnica. É fundamental

que o enfermeiro tenha em consideração à importância de agir e de partilhar, para melhor cuidar (Brito,2008), e de estar atento às necessidades.

O enfermeiro deve conhecer os costumes e a dinâmica das relações familiares de forma a proporcionar à família os conhecimentos sobre a melhor forma de lidar com o doente, de acordo com contexto da vida do mesmo.

Dada a importância da continuidade dos cuidados o doente têm direito a que o hospital e os centros de saúde lhe assegurem, antes da alta hospitalar, a continuidade dos cuidados.

O enfermeiro deve avaliar periodicamente se a família está a cumprir as instruções transmitidas. Deve também avaliar as condições ambientais do domicílio e formular propostas adequadas a essas mesmas condições.

Antes da alta deve ser avaliado a situação social e financeira do doente e ser definida a articulação com os outros serviços de saúde.

A preparação da alta deve iniciar cedo, tendo em conta o conhecimento da situação socioeconómica (família e habitação) para além do encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração. Devem ser transmitidas orientações sobre a conduta, os direitos e deveres do paciente.

A prática do cuidado é o centro ou a essência de enfermagem (Pftettscher, 2004). O cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a enfermagem têm a oferecer à humanidade.

A essência da enfermagem requer sensibilidade e participação entre o enfermeiro e o doente, pois o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar autocontrolo, autoconhecimento e a promover mudanças nos hábitos de saúde (Honoré,2002).

I.2.3 Contribuir para a Mudança de Comportamento, Ensinando o Doente/Família/Comunidade, sobre o que é a Tuberculose e o Modo como se Transmite para a Diminuição de Contaminação

O comportamento dos doentes tem vindo a sofrer favoráveis. Todavia, o medo do preconceito ainda está presente. Muita gente pensa que a doença só pode ser contraída por pessoas fracas. Por isso, torna-se importante um maior investimento em estratégias educativas que levem em conta esses conhecimentos, reflectindo criticamente se estamos a ser capazes de orientá-los. A enfermagem é a arte de cultivar através de cuidados, por isso é necessário conjugar conhecimentos, experiencias, habilidade e principalmente, sensibilidade para que o processo tenha êxito. Muitas vezes os doentes

manifestam seus sentimentos em relação à doença, demonstrando medo, ansiedade e tristeza.

Explicar o doente/família/comunidade que a primeira prioridade de qualquer programa da tuberculose é o tratamento, a sua cura em especial aos doentes, cuja expectoração apresenta uma baciloscopia positiva. Explicar também que estes pacientes constituem uma perigosa fonte de infecção, quando não tratados e que o prognóstico da doença é sombrio. Explicar que uma das formas de transmissão do bacilo da tuberculose não é o contacto manual com os objectos contaminados, tais como pratos, copos, talheres e outros utensílios manuais, mas sim pelo ar ao tossirem. Informar os doentes de que devem cobrir a boca e o nariz ao tossirem, utilizando preferencialmente lenços descartáveis ou mascarar cirúrgicas para reduzir a geração de partículas infectantes no ar e instruí-los em relação às medidas de higiene, observando as áreas de maior riscos. A divulgação de informações sobre a tuberculose nas escolas, nas igrejas, nos serviços de saúde, na comunidade, favorecendo atitudes positivas de saúde e o desenvolvimento de estilos de vida que promovem a saúde. Realizar parcerias com organizações não-governamentais na área de desenvolvimento social. Reforçar a necessidade de adopção de práticas seguras e um plano de redução de riscos de transmissão para outro. Discutir sobre a possibilidade de tratamento e a qualidade de vida.

A relação de ajuda entre os enfermeiros e os pacientes deve ser entendida como uma condição de eficácia dos cuidados. Ela constitui um pilar à volta do qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem (Dias, 1995: 89).

Segundo Hesbeen (2000), o cuidar é uma atenção particular que é dispensada à pessoa em situação de desequilíbrio, com o propósito de ajudar a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde.

A aplicação do procedimento sistemático aos cuidados de enfermagem exige, sem dúvida uma relação de ajuda, se se pretender que ela seja bem-sucedida. O enfermeiro deve estabelecer diálogo, atenção e acompanhamento da família, centrando os seus cuidados não só na pessoa doente, mas também na família. A pessoa e a família constituem a unidade objectos do cuidado, sendo a pessoa o elemento fundamental e a sua família o seu apoio.

De acordo com Hendersson (1978, cit in Phaneuf, 2005), ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades visa motivá-lo para a autonomia.

A mudança começa onde existe insatisfação e tensão (Benne e Birnbaum, 1979). O enfermeiro deve ter vontade de ajudar, ser capaz de criar um clima sustentador de

confiança, de uma comunicação acessível e, para tal, deve adquirir atitudes e habilidades na arte de comunicar, para estabelecer uma relação com sucesso, envolvendo o doente nos seus próprios cuidados de enfermagem (Brito, 2008).

O enfermeiro deve verificar o que o utente sabe sobre a sua doença e o seu tratamento, ouvindo com atenção de forma holística, a fim de poder partir do que ele já sabe para o desconhecimento, evitando explicações desnecessárias. Deve permitir que o utente exprima as suas dificuldades de aprendizagem e as suas inquietações. Pois a comunicação é a condição essencial de toda a vida social. Dizer ao utente que deve fazer tantas perguntas quanto desejar. Dar segurança ao utente relativamente à sua capacidade de aprender o que lhe é proposto. Explicar ao utente que os conhecimentos relativos ao seu problema de saúde e ao seu tratamento o ajudarão a aceitá-los melhor e a melhor se adaptar.

Demonstrar aos utentes as vantagens do ensino e os riscos que uma falta de conhecimento provoca. Explorar com o utente as formas aceitáveis para ele, de conciliar as limitações da doença o tratamento e a sua vida familiar, profissional etc.

Aconselhar os pacientes sobre formas de aumentar o seu sentido de poder pessoal e ajudar a identificar forças e recursos (Chez, 1999).

O paciente pode tomar parte nas decisões que dizem respeito à sua própria saúde. Os cuidados têm como fim limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas. Nenhum plano tem sentido eficaz se as pessoas não desenvolverem a capacidade de análise do processo de cuidar. A construção do projecto de cuidar faz-se em torno de estimulação de forças de vida e do tipo de ajuda para assegurar a função quotidiana com incidência directa na saúde das pessoas e em resposta a uma actividade quotidiana da vida, com base na confiança. Os limites dos cuidados de enfermagem mantêm-se sempre difíceis de identificar, porque não podem ser *apriori* fixados nem ser determinados arbitrariamente. Desde modo, a função do enfermeiro é oferecer ao doente os meios complementares que lhe permitem descobrir ou reconhecer os seus recursos pessoais, que ele utilizaria, à sua maneira, no processo de resolução do problema. (Dias, 1995: 92). O enfermeiro nunca deve resolver os problemas do paciente, mas sim orientá-los e ajudá-los na sua resolução, conforme as suas possibilidades.

Demonstrar que uma pessoa com tuberculose não significa que vai morrer, mas a maior ajuda depende do próprio doente pois para ter cura tem que levar o tratamento até ao fim de 6-8 meses, nunca pode ser interrompido. Informar que durante o tratamento pode levar uma vida saudável normal na família e na sociedade, mas deve procurar

apoio de familiares de confiança, da equipa de enfermagem para obter carinho e revigorar a sua auto-estima e mais motivação na adesão ao tratamento. Informar que todas as pessoas que moram com um paciente TB nem sempre podem ficar doentes porque a contaminação e o desenvolvimento da doença dependem de vários factores, tais como:

A imunidade de cada um, o tempo que o doente convive com essas pessoas, a ventilação do ambiente onde vive o doente e a qualidade de bacilos que o doente está a eliminar.

É desnecessário separar os objectos dos doentes porque a tuberculose só transmite por via aérea, assim os bacilos que já estão depositados nos objectos não contaminarão mais o ar. Informar que alguns doentes podem apresentar catarro com sangue. Em certos casos os sintomas são tão fracos que a pessoa nem percebe que está doente e demora a procurar o serviço de Saúde. É importante que toda a família da pessoa doente e aquelas com quem ela tem contacto mais próximo sejam examinadas. Explicar que a tuberculose apesar de ser uma doença grave, tem cura se for tratada correctamente.

O diagnóstico e o tratamento são direitos de cada pessoa doente, por isso se verificar um dos sintomas, deve contactar o centro mais perto da sua residência.

É importante lembrar sempre que durante e depois do tratamento o doente não de ingerir bebidas alcoólicas e fumar, evitando o risco de uma lesão no fígado, mas, sim, deve fazer uma alimentação saudável.

Se esquecer a hora de fazer a medicação, toma assim que lembrar, mas nunca em doses duplas para compensar. Se viajar, deve levar os medicamentos em doses necessárias, evitando, assim, o risco de interromper o tratamento. Se surgir qualquer alteração (urticária, diarreia ou náuseas) é importante que não desista dos medicamentos, tenha paciência e procure o seu médico.

Ensinar que mesmo com baixa estima, nunca devem faltar às consultas agendadas e deixar de realizar as análises solicitadas. Informar que devem aceitar o diagnóstico, confiar no seu médico assistente e no seu tratamento, não tomar nenhuma decisão sem consultar o seu médico, participar nas reuniões de grupo de adesão para experiências e reforçar auto-estima, tentar adequar seu estilo de vida e a sua doença e o seu tratamento. Reconhecer as dificuldades em aderir ao tratamento e procurar sempre ajuda dos profissionais de enfermagem.

O enfermeiro deve controlar as faltas na toma dos medicamentos e informar o médico, ajudar no controle das consultas e marcações de exames, convidar e participar

nos grupos de adesão para conhecer e discutir temas relacionados com a sua doença, acolher e escutar problemas que os impedem na sua adesão ao tratamento e fornecer informação correcta que o ajuda a entender o seu tratamento, para a cura, prevenindo recaídas, transmissões e prevenir a resistência ao fármacos assim como a morte.

Explicar que o doente é considerado curado quando faz o tratamento completo e sem nenhuma irregularidade e o exame final de expectoração seja negativo.

Considera abandono quando o paciente interrompe o tratamento por um período de dois ou mais meses.

II. METODOLOGIA

A abordagem metodológica deste trabalho teve por base um estudo de cariz descritivo e consistiu na utilização dos pressupostos do método quantitativo na análise dos dados obtidos dos registos dos últimos três anos e do método exploratório descritivo de abordagem qualitativa, pois a investigação qualitativa parte do fundamento de que existe um vínculo dinâmico e procura descrever a complexidade de determinados problemas a analisar, a interacção de certos variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais.

II. 1 População Alvo

Pessoas com o diagnóstico de tuberculose internados no serviço de tisiologia do Hospital Baptista de Sousa (jovens de 15 a 44anos de idade) e em tratamento ambulatorio na Delegacia de Saúde de São Vicente (DSV).

II. 2 Colheita de Dados

A recolha de dados em investigação qualitativa pode utilizar uma grande variedade de estratégias. Neste estudo foi utilizado a consulta das fichas de notificação trimestral dos casos 2010 a 2012 e a entrevista, definida como “um método de recolha de informações que consiste em conversa orais com indivíduo ou grupos seleccionados, a fim de obter informação sobre factos cujo grau de pertinência é analisado na perspectiva dos objectivos”.

O registo dos dados foi realizado através de gravação áudio. A realização e a transcrição das entrevistas decorreram em Dezembro de 2012, na unidade de fisiologia e nas consultas para toma de medicação. A duração das entrevistas variou entre 10 e 15 minutos. No decorrer das entrevistas foi proporcionado um ambiente calmo e amigável de forma que convidasse a livre expressão, com vista a conhecer os diferentes posicionamentos sobre a doença.

Os dados colectados foram analisados qualitativamente por meio de leitura e releitura das entrevistas de acordo com a análise dos conteúdos. A análise quantitativa foi feita com auxílio do *software* Excel do Microsoft Office.

II. 3 Aspectos Éticos

Todos os participantes foram previamente informados de forma clara sobre a meta, o propósito e o processo de estudo, bem como prontamente esclarecidos acerca de quaisquer dúvidas que consideraram pertinentes para uma melhor compreensão do estudo. O direito a confidencialidade das informações e o anonimato foram assegurados pelo termo do consentimento livre.

A recolha de dados foi realizada após a aprovação da mesma pela direcção do HBS. Na sequência do registo dos dados, foram efectuadas entrevistas e gravadas em registo áudio (Anexo IV), conforme a autorização dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas.

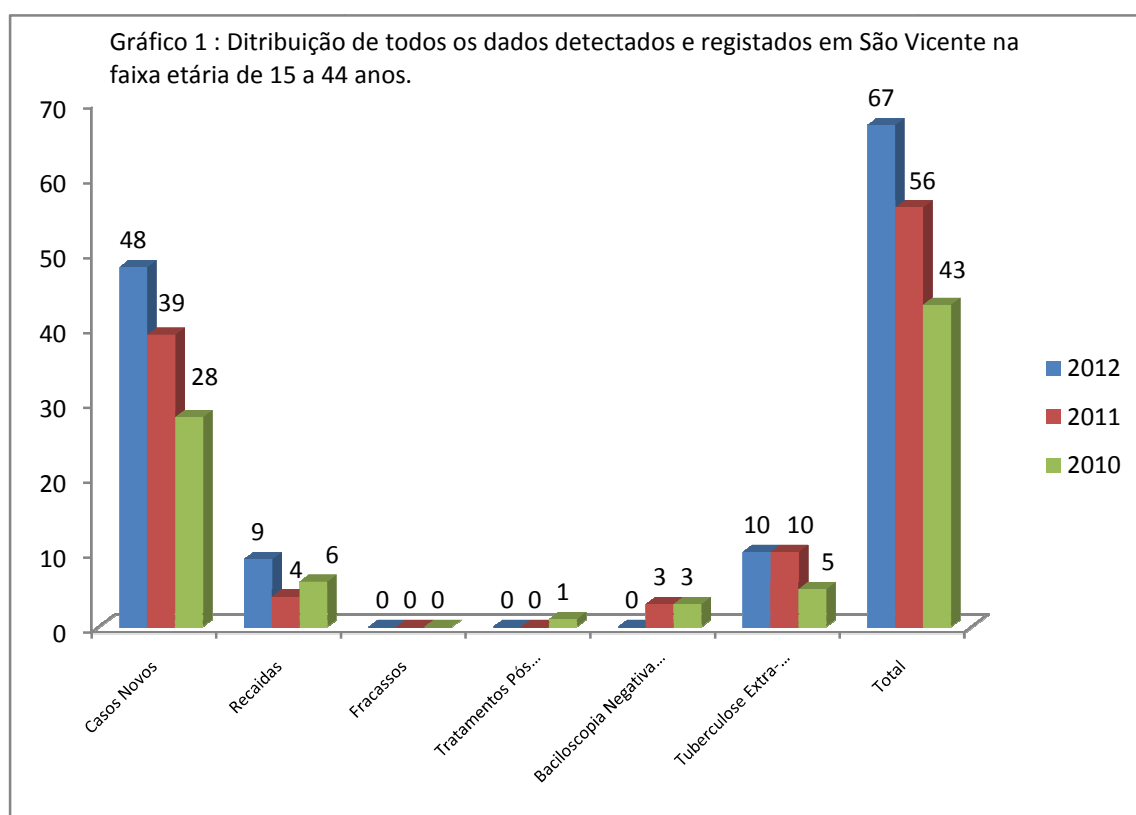
O estudo é exploratório, porque, com a realização do mesmo, pretende-se conhecer a realidade existente na ilha a estudar. Segundo Gil (1999), este tipo de pesquisa exploratória é desenvolvida com o objectivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto, especialmente utilizado quando o “tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais”. Descritivo, porque pretende-se descrever factos e fenómenos vivenciados na experiência dos indivíduos. Para Duhamel e Fortin (2003), o estudo descritivo consiste em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Verificou-se que a maioria dos entrevistados não responderam correctamente as perguntas elaboradas, o que pode sugerir que, apesar da divulgação e os

esclarecimentos a respeito da TB, poderão existir, ainda, dificuldades na transmissão/recepção das mensagens.

III. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Participaram deste estudo 10 pacientes, sendo 80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino. A idade deles variou de 15 a 44anos, sendo a média de idade de 34 anos considerando uma população jovem. A maior parte dos doentes, 60% do total, tem idade compreendida entre os 40 e 44. Todos possuem com grau de escolaridade apenas o Ensino Básico.



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

A comparação do número de casos novos detectados entre 2010 e 2012 pode ser analisada no gráfico 1 em cima representado.

Fazendo uma análise do total de casos detectados no ano 2010, constata-se que a maioria dos doentes é do sexo masculino, com maior incidência entre os 25e 34 anos, num total de 15casos, seguido de 12 casos entre os 35 e 44 anos e seis casos entre os 15 e 24anos. No sexo feminino, a incidência foi mais reduzida, com uma média de 3 casos novos nas respectivas faixas etárias, no total de 28 casos novos. Em 2011, verifica-se

um aumento dos casos detectados, continuando com uma prevalência no sexo masculino, mantendo a tendência de grande incidência na faixa etária dos 25 aos 34 anos, com 24 casos, seguido de 12 casos entre os 15 e 24anos e oito casos entre os trinta e seis e 44anos. O sexo feminino aumenta numa média de 3 por cada grupo etário, com um total de 39 casos novos. Em 2012, verifica-se um aumento relativamente aos anos anteriores, com maior prevalência no sexo masculino e um padrão etário diferente, isto é, 17casos entre os 15 e 24anos, 15 casos entre os 35e 44anos, seguido de 13 casos entre os 25 e os trinta e cinco anos. Para o sexo feminino, uma média de 7 casos por faixa etária, no total de 48 casos novos.

Concluimos que houve um aumento de ano para ano e o sexo masculino foi o mais afectado, o que nos leva a interrogar os motivos desses resultados. Podemos admitir a hipótese de uma maior exposição do sexo masculino aos comportamentos de risco, nomeadamente álcool, tabaco, drogas e permanência em aglomerados em espaços fechados, como clubes ou bares.

Do questionário ainda se refere:

A maioria dos entrevistados, 90%, ainda desconhece a doença.

Os integrantes da amostra vivem num contexto económico precário e não dispõem de habitação e alimentação satisfatórias.

Além disso, o contexto social e cultural é fraco e são todos beneficiários de promoção social e têm uma escolaridade baixa.

As constatações acima referidas reforçam a ideia de que a tuberculose se desenvolve num contexto de pobreza e desigualdade social, o que aumenta o nível de vulnerabilidade desses doentes “bebia muito e fumava muito...” (*Charli*). O alcoolismo e tabagismo ou qualquer outro factor que gera baixo resistência orgânica, também favorece o estabelecimento da TB.

A má alimentação, não ingestão de alimentos ricos em vitaminas e calorias suficientes. “Sabe não tenho trabalho fixo, não tenho quem me dar para sustentar a família”(Alpha).

O mal-estar provocado pelos medicamentos pode condicionar a adesão ao tratamento “mas o tratamento é forte... sensação de enjoo sempre que o tome”(Charli). A situação sócio cultural. O não conhecimento de estilos de vida saudáveis está também ligado a vulnerabilidade do doente tuberculose.

O doente só passa a conhecer a doença quando já está contaminado “fiquei sabendo que é um micróbio” (*Delta*). “Fiquei sabendo depois da gripe prolongada...” (*Delta*).

A ventilação é importante para reduzir as concentrações de partículas infecciosas suspensas no ar. “Ambiente fechado... casa com muita gente ah...”(*Bravo*).

III. 1 A avaliação do doente com tuberculose segundo o Modelo teórico de Virgínia Henderson com base nos resultados do estudo.

Uma leitura atenta da situação decorrente da descrição de dados anteriormente apresentados, feita com recurso ao modelo da NHF da Virgínia Henderson (cujo conceito de dependência está associado à capacidade que cada pessoa tem para resolver/gerir as NHF por falta de força, vontade e conhecimento), permite-nos concluir que a pessoa com tuberculose tem grandes fragilidades devido a dependência. Encontrámos alguns entrevistados, cerca de 50% cujas fragilidades ainda permitem um grau aceitável de autonomia, pois nem todos estão afectados em todas as suas necessidades humanas fundamentais (NHF de nível aceitável).

Relativamente à NHF:

- Respirar

Constatámos que a maioria dos inquiridos não fuma, sendo, neste caso, a patologia do doente a responsável pela alteração do NFH, na medida em que se encontra afectado o pulmão e as consequentes complicações que daí advêm. A tosse referida por alguns.” Depois que comecei o tratamento a febre e a tosse diminuiu... mas sempre com dores nas costelas” (*Eco*).

- Comer e Beber

Alguns desses doentes são alcoólatras – consomem álcool de forma exagerada: “Bebia muito grogue e fumava muito, não sabia se tinha essa doença” (*Charli*).

Outros falam do mal-estar no estômago causado pela ingestão dos medicamentos em jejum. Fracos recursos condicionam uma alimentação saudável e “o tratamento é forte... sensação de enjojo sempre que tomo o medicamento” (*Charli*). Sabe a pobreza é assim... não tenho trabalho fixo, não tenho quem me dar para sustento da família... (*Alpha*).

- Eliminação

Os doentes não referem alteração na eliminação. Pode ocorrer oligúria por estados febris, desidratação ou sangramento.

Infecções urinárias secundárias ao tratamento como disúria. O doente acamado pode ter necessidade de usar fraldas ou precisar de ajuda para ir a casa de banho. É também comum ter diarreia secundária originada pela medicação.

- Movimentar e manter postura corporal correcta

Confessam “muito cansaço, febre, indisposição sensação horrível” (*Charli*).

O doente tuberculoso tem astenia e falta de força para se movimentar. Muitas vezes falta a vontade. Passam muito tempo sentados ou acamados.

- Evitar Perigos

Constatámos que alguns doentes têm conhecimento da doença e do seu contágio: “fiquei sabendo que é um micróbio” (*Delta*); “... pelo ar... beber no mesmo copo” (*Alpha*).

Risco de contaminação, risco de infecção, risco de queda. A ingestão de vários medicamentos no mesmo dia pode originar acidentes. “Porque em casa a gente descuida... aqui tem Médico e Enfermeiro que cuida de nós direitinho, sem discriminação...” (*Eco*).

- Manter o Corpo Limpo e Tegumentos

Os doentes não referem dificuldades deste NHF.

Muitas vezes é necessário o doente pode ter necessidade de ajuda, sobretudo quando está acamado, devido ao seu estado geral.

- Manter a Temperatura

Sensação febril, aumento de temperatura ocorrem normalmente nestes doentes. Pode ocorrer hipotermia quando o ambiente não é adequado. “Febre à tardinha, falta de apetite...” (*Eco*).

- Comunicar

Nota-se que o doente sente-se isolado com o internamento e sente necessidade de falar “é um aconchego, tem várias pessoas falando... o remédio em casa seria bom” (*Bravo*).

- Aprender

A maioria dos doentes tem a 4ª classe e algum conhecimento sobre a doença. “eu não sabia. Agora o enfermeiro me explicou” (*Alpha*).

“porque quando uma pessoa senta e lê uma coisa mais explicativa, vai tomar mais cuidado” (*Eco*).

- Repousar e Dormir

Os doentes não referem alterações.

A tosse pode interromper o sono, ou não deixar-se dormir. O internamento e ambiente hospitalar pode ser um factor de *stress* para o doente.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este olhar da situação faz-nos reflectir como é importante escutar os pacientes para observar a capacidade de relação e tentar resgatar os recursos internos para que eles tenham possibilidade de reconhecer como sujeitos da sua própria saúde e transformação. Transmitir todo o apoio emocional e avaliar o risco e vulnerabilidade pois para fazer aconselhamento é preciso transcender o âmbito de testagem, abordagem dos riscos individuais.

Torna-se cada vez mais pertinente e, conseqüentemente, importante trocar informação sobre a forma de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase para as situações de risco. Avaliar precocemente os comportamentos de riscos é essencial pois há necessidade de, com a participação dos doentes, serem encontradas estratégias com o fim de os superar. Esta avaliação é muito importante no impacto de vida de cada um. Encontrámos também na revisão de literatura feita a necessidade de expressão dos sentimentos e de explorar o apoio emocional e social disponível, assim como trabalhar, em equipa e com a família, as possíveis reacções. Assim, reforçar a necessidade de comunicação com a família é muito importante, tendo em vista o desenvolvimento dum plano realista de redução de risco direccionado à prática e ajuda do paciente e da sua família.

A aplicação do procedimento sistemático de cuidados de enfermagem exige, sem dúvida, uma relação de ajuda, se se pretender que ela seja bem-sucedida.

De acordo com (Margot, 2005), para trabalhar com eficiência junto dessas pessoas, os enfermeiros devem colher informações não somente sobre as dificuldades com as quais elas são confrontadas, mas também sobre os recursos pessoais, sobre as suas redes de apoio, a fim de poder planificar cuidados e poder ajudá-las.

A qualidade do encontro com o doente constitui um elemento determinante da eficácia, da atitude do enfermeiro perante o paciente.

Os enfermeiros a podem aumentar os conhecimentos dos pacientes, assim como podem completá-los ou alarga-los; eles têm, desse modo, a possibilidade de substituir as ideias erradas pelos factos. A mudança começa onde existe insatisfação e tensão (Benne e Birmbaun, 1979).

A enfermagem possui um papel de protagonista no controle desse problema, reivindicando intervenções integrais, voltadas para as diferentes esferas: individual, familiar e social. A intervenção de enfermagem é enfocada desde o desenho das

políticas públicas, com base em estudos epidemiológicos, mediante a implementação multisectoriais, até a assistência directa e a educação dos usuários no plano operativo. É preciso ter um diagnóstico precoce de tratamento certo e completo para poder controlar a situação epidemiológica de uma forma segura.

Apresentar peças de teatro, programas na rádio e televisão pois a diversão educa. A distribuição de comprimidos ao domicílio afigura-se-nos desejável, uma vez que cria a oportunidade de se fazer o seguimento do tratamento e verificar as condições de higiene, de acordo com as condições socioeconómicas.

Reformular a enfermaria de modo que haja pelo menos quatro quartos, para que os de derem entrada na fase de contaminação não se misturem com os que lá estão; descentralizar o sistema DOT na 2ª fase do tratamento da Delegacia de Saúde para os centros de Saúde de forma a melhorar a acessibilidade e adesão ao tratamento; apostar na formação contínua do pessoal de serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AILINGER, R. L., MOORE, J. B. e LAUS, H. (2006). "Adherence to latent tuberculosis infection therapy among latino immigrants." *Public Health Nursing*, nº 23, volume 4, 307-313.

AIT-KALED, Nadia e ENARSON, Donald (1999). *TUBERCULOSE: Manuel Pour Les Etudiants en Medicine*. Organisation Mondiale de La Santé. Genève.

ANTAS, A., e MENEZES, R. F. (2007). *Qualidade de vida de indivíduos com tuberculose pulmonar em tratamento ambulatorio*. Dissertação, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

ÁVILA, Ramiro (Coord.) (1987). *Tuberculose Pulmonar. Aspectos actuais*. Boletim do Hospital De Pulido Valente. Lisboa, Edição DO.

ÁLVIA, Ramiro (Dir.) (1991). *Tuberculos. 5ª reunião de Pneumologistas do hospital de Pulido Valente*. Lisboa, Beecham Portuguesa, Lda.

BENNE, K. E. BIRMBBAUN (1979). "Principles of changing".

BUSS, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Colectiva, 5 (1), 163.

BRITO, L.S.F. (2008). *Cadernos de Atenção Básica*, nº1, 2ª Tiragem, Vigilância em Saúde.

CAMPBELL, I. A., e BAH-SOW (2006). *Pulmonary tuberculosis: Diagnosis and treatment*. Disponível em <http://www.bjm.com/cgi/content/full>, em 15/10/2008.

CAPMOS, Maria José (2011). *VIH & Tuberculose*. Publicações GAT. Gaia.

CHANG, B., WU, A. e HANSEL, B. (2004) "Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature." *Quality of Life Research*, nº13.

CHEZ, L. (1999). *Epidemiologie de la Tuberculose*. Centre HospitalierUniversitaire de CocodyAbidjam

COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, (1995). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose*. Cabo Verde.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2008). *Linhas de Orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente*. 2ª edição, Genebra, Internacional CouncilofNurses.

CUNHA, T. N. e Soares (2007). *Em busca de lipossomas inteligentes para a administração de drogas para tuberculose*. BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista, Disponível em: www.cve.saúde.sp.gov.br/agencia/bepa.

DIAS, Ana(1999). *Ser Enfermeira*. Colecção Medicina e Saúde. Lisboa, Editora Sociedade Austoria.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). *Linhas Orientadoras para programas Nacionais*. Lisboa.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (2006). *Lutacontra a Tuberculose: Desenvolvimento e reorganização do Programa Nacional de Luta contra à Tuberculose*.Lisboa.

DUHAMEL, F. e FORTIN, M. F. (2003) “Os estudos de tipo descritivo”. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 161-172.

DHURIA, M., SHAMARQ, N., INGLE, G.K. (2008).*Impact of Tubercolisis on the quality if Indian Journal of Community Medicine*, Disponível em:<http://www.icjcm.org.in,/03>.

FLECK, M. P. A. (2008). “Problemas conceituais em qualidade de vida”. *Avaliação de qualidade de vida. Guia para profissional de saúde*. 18-27.

GIL, António Carlos (1991). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 3ª ed., São Paulo, Atlas.

HERTAING, Rotsort de e Courtejoie, J. (Dir.) (s/d). *Tuberculose. Bureau de Etudes et de Recherches pour la promotion de la santé à Kongu*. Zaire.

HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Lisboa, Ed. Lusociência.

HONRÉ, Bernardo (2002). *Saúde em Projecto. Lusociência*. Ed. Técnicas e Científicas. Lda.

KLAUDT, Kraig (1996). *TB. Grupos de riscos. Relatório da OMS sobre a epidemia da tuberculose*. Suíça, Organização Mundial de Saúde.

MARRA, C.A., F., Cox, V. C., Palepu, (2004). *Factors influencing quality of live in patients with active tuberculosis. Health and Quality of Life Outcomes*, 2, Local, Editora.

MURRAY, J.F. e LOPES, A.L (1996). *Linhas de Orientação para enfermeiros no cuidado e controle da tuberculose*, 2ª edição. Internacional Council of Nurses.

MONROE, A. A., RUFFINO NETTO, A., VENDRAMINI, S. H. F. et al., (2008). “Envolvimento de equipas da atenção básica à saúde no controle da Tuberculose.” *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, nº42, volume 2, 262-267.

NARDELL, E., (1986). *Exogenous reinfection with tuberculosis in a shelter for homeless*.

PANDIT, N.eCHOUDHARY, S. K. (2006).“A study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis.”*IndianJournalofCommunity Medicine*,31
Disponível em, de <http://www.ijcm.org.in>, 02 Novembro 2008.

PHANEUF, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Ed. Lusociência.

PFETTSCHER, A., (2004)*Articulação de cuidados de enfermagem e centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados*.Porto.Porto Editora.

PINA, Jaime (2000). *Tuberculose na viragem do milénio*. Porto, Lidel-edições técnicas, Lda.

RAJESWAR, R., MUNIYANDI, M. e NAMAYANAN, P.R. (2005).*Perceptions of Tuberculosis patients about trhei physical, mental and social wellbeing: Afield report from south Indian,social science e medicine*.Local, Editora.

RIEDER, H.L. (2001). *Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

SCHMETANA, A., FLEITAS, L., PEREIRA, R.R., eNAKAMURA, E.K. (2008). *Tuberculose. Prioridade de saúde pública*. Recuperado em 22agosto 2008,de <http://www.uniandrade.edu.br/links> menu3/publicações/revista_enfermagem/oitavo.

SILVA, Ana; SOUSA, Maria; NOGUEIRA, Jonolamá. *Revista electónica de Enfermagem*. V. 09, nº 2. Disponível [http: www.fen.ufg](http://www.fen.ufg).

TEIXEIRA, Eneas (2004). “A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem”. *Revista de Enfermagem*, nº 8, vol. 10.

TEKLE B., MARIAM D. H. e ALI, A. (2002).*Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia*.Int J. TubercLungDis, 6, 573.

VALENTIN, P. Jaime (2000). *Tuberculose na viragem do milénio*, Porto, Lidel-edições técnicas, Lda.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The Economic impacts of Tuberculosis*. Ministerial Conference, Amsterdam eGenebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Health profile global tuberculosis control:epidemiology, strategy, financing*.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Casos novos com baciloscopia positiva no ano de 2010.....	46
Anexo II - Casos novos com baciloscopia positiva, no ano de 2011.....	49
Anexo III - Casos novos com baciloscopia positiva, no ano de 2012.....	52
Anexo IV - Guião de Entrevista.....	56

Anexo I - Casos novos com baciloscopia positiva, no ano de 2010

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15-24	5	2	7
25-34	10	1	11
35-44	9	1	10

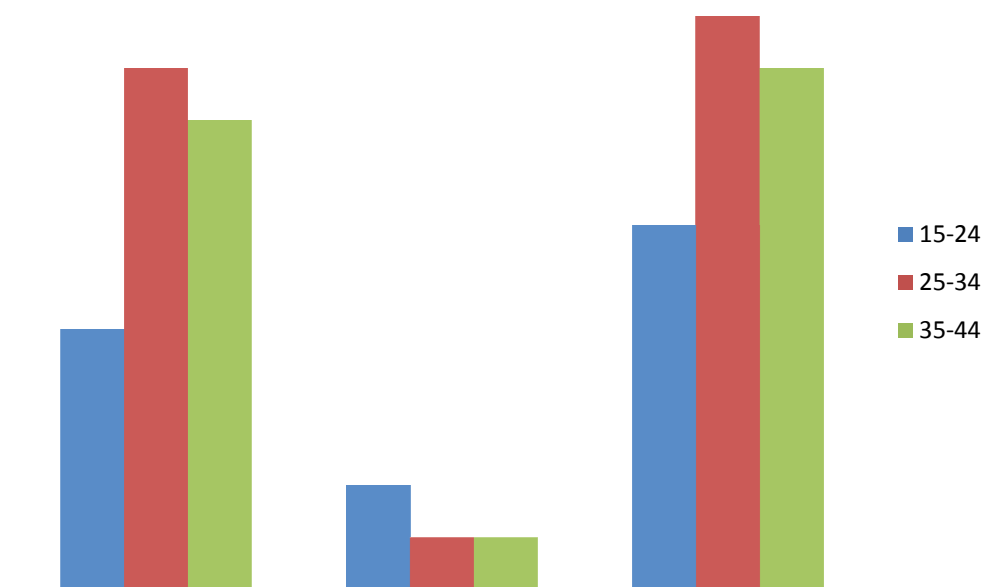
Total de casos detectados no ano 2010

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15-24	6	3	9
25-34	15	4	19
35-44	12	3	15

Todos os casos detetados durante o ano 2010

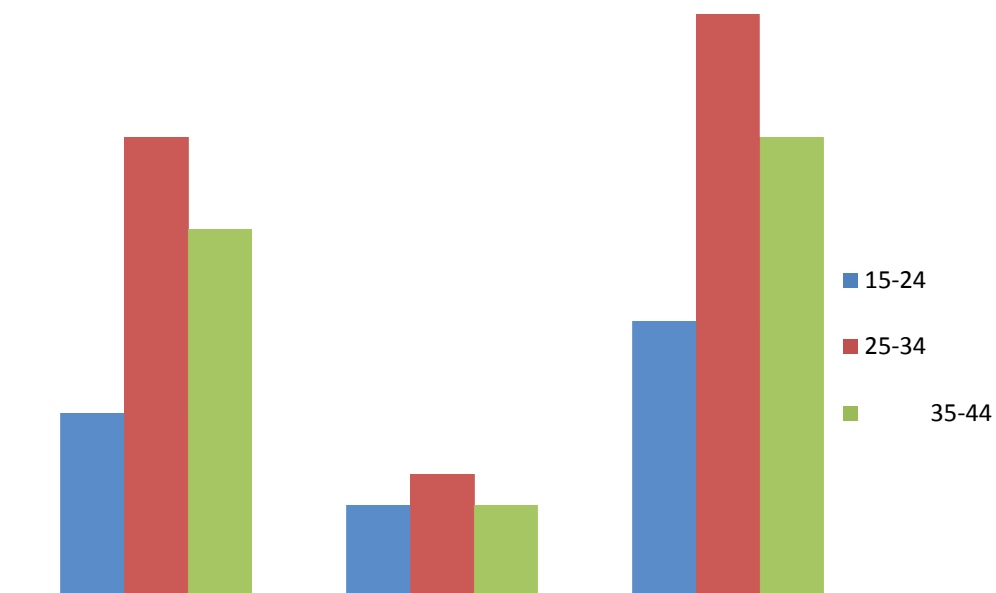
<u>Baciloscopia positiva</u>				<u>Baciloscopia Negativa</u>	Tuberculose Extra Pulmonar	Total
Casos novos	Recaídas	Fracassos	Tratamento pós-abandono	>15 Anos		
28	6	0	1	3	5	43

Grafico: Casos novos com baciloscopia positiva 2010 segundo faixa etaria e sexo



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Grafico: Total dos casos detectados em 2010 segundo faixa etaria e sexo



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Anexo II - Casos novos com baciloscopia positiva, no ano de 2011

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15-24	7	3	10
25-35	12	4	16
35-44	10	3	13

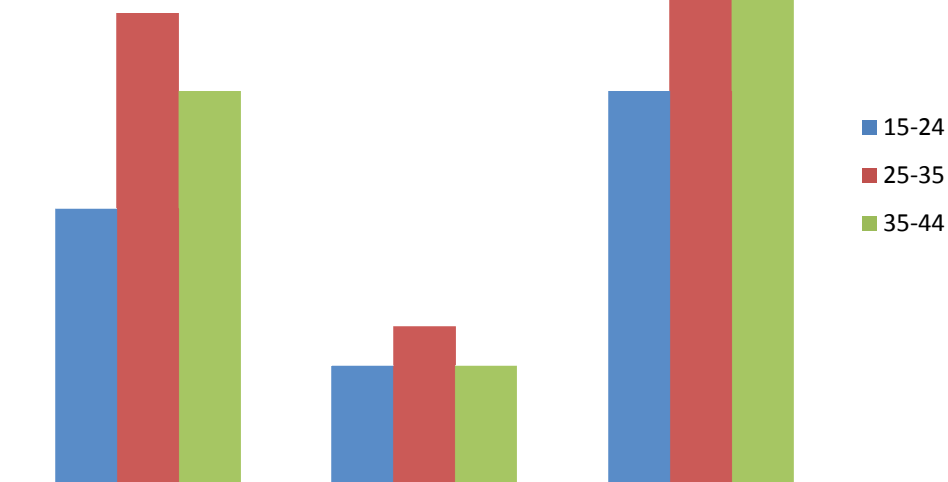
Total de casos detetados no ano 2011

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15-24	12	5	17
25-34	24	5	29
36-44	8	2	10

Todos os casos detectados durante o ano 2011

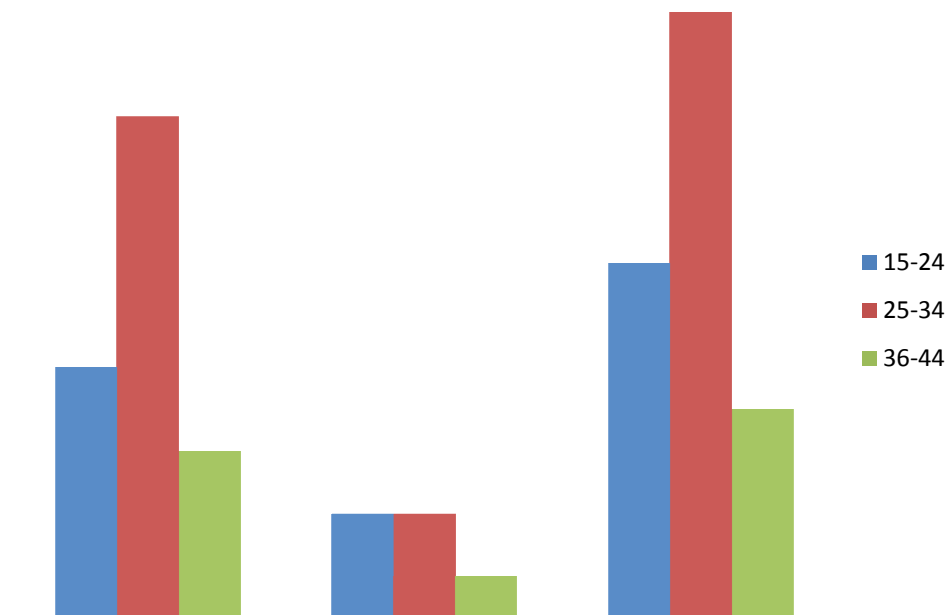
Baciloscopia Positiva				Baciloscopia Negativa	Tuberculose extra pulmonar	Total
Casos Novos	Recaídas	Fracassos	Tratamento Pós abandono	>/15anos		
39	4	0	0	3	10	56

Gráfico: Casos novos com baciloscopia positiva, em 2011, segundo a faixa etária e o sexo.



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Gráfico: Total dos casos detectados, em 2011, segundo a faixa etária e o sexo



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Anexo III - Casos novos com baciloscopia positiva, no ano de 2012

Grupo Etário	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
15-24	15	7	22
25-35	9	5	14
35-44	10	2	12

Total de casos detectados no ano 2012

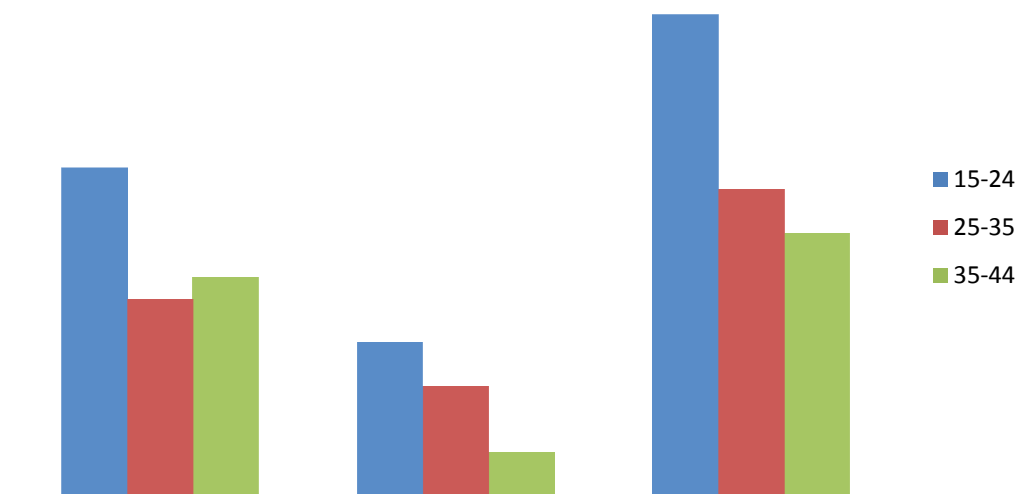
Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
15-24	17	9	26
25-35	13	9	22
35-44	15	4	19

Todos os casos detectados durante o ano de 2012.

Baciloscopia Positiva				Baciloscopia Negativa	Tuberculose extra pulmonar	Total
Casos novos	Recaídas	Fracassos	Tratamento pós abandono	>/15anos		
48	9	0	0	0	10	67

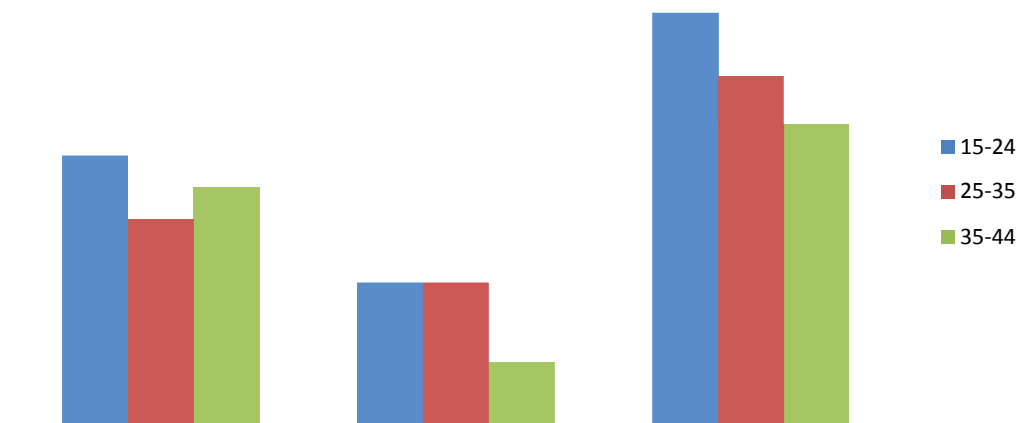
Todos os casos detectados durante o ano 2012

Grafico: Casos novos com baciloscopia positiva 2012 segundo faixa etária e sexo

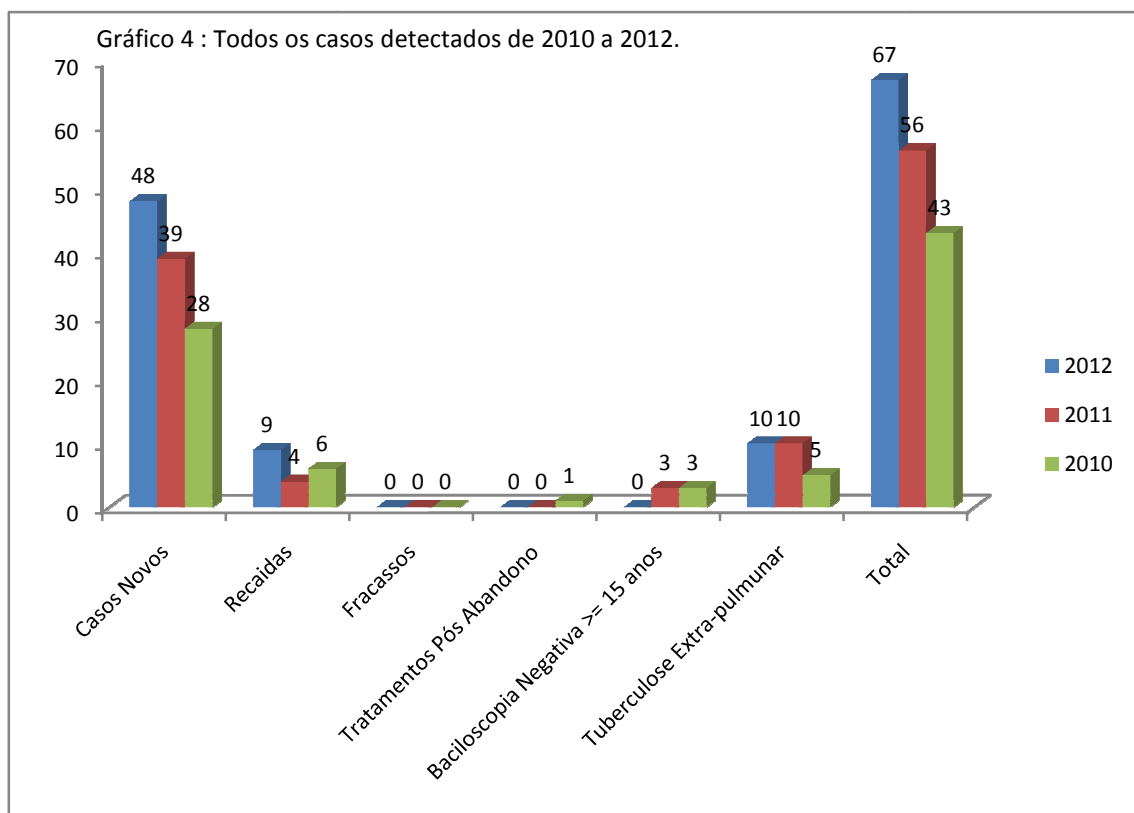


Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Gráfico: Total dos casos detectados, em 2012 segundo a faixa etária e o sexo.



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde



Fonte: Dados Estatísticos da Delegacia de Saúde

Anexo IV - Guião de Entrevista

Guião de entrevista

1º O que é tuberculose?

2º Como se adquire a tuberculose?

3º O que você acha que poderia mudar para facilitar o tratamento?

4º O que você gostaria que tivesse nessa unidade hospitalar

5º Grau de escolaridade

O que você sabe sobre tuberculose?

Sujeito	Ideia Central	Expressões chaves
Alpha Sexo: masculino Idade: 44anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Eu não sabia Agora a enfermeira me explicou	É contagioso... pode levar à morte
Bravo Sexo: Idade: 40anos Escolaridade: Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Doença perigosa	Dizem que quando tratamos fica curada. Basta tomar os medicamentos direitinho
Charli Sexo: masculino Idade: 40anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Muito cansaço, febre Indisposição, sensação horrível	A doença tira a nossa resistência se não for tratada Destroí os pulmões, sensação horrível
Delta Sexo: Masculino Idade: 32 anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Fiquei sabendo que é um micróbio	Fiquei sabendo depois da gripe prolongada...
Eco Sexo: feminino Idade: 22anos Escolaridade: 6ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	É um bacilo Febre todos os dias	Febre a tardinha, falta de apetite...

Como se adquire a tuberculose?

Sujeitos	Ideia Central	Expressões chaves
Alpha Sexo: masculino Idade: 44anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Pelo ar	Não sabia, mas fiquei sabendo agora... beber mesmo copo
Bravo Sexo: masculino Idade: 40anos Escolaridade 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV	Ambiente fechado	Casa com muita gente ah! Tem outras maneiras
Charli Sexo: masculino Idade: 42anos Tabagismo: sim Alcoólatra: sim Sorologia anti HIV	Sim Beber e fumar muito	Bebia muito grogue e fumava muito, não sabia se tinha essa doença
Delta Sexo. Masculino Idade: 32anos Tabagismo: não Escolaridade: 4ª classe Sorologia anti HIV-	Contacto com pessoas com tosse	Pessoas contaminadas Falta de cuidado
Eco Sexo: feminino Idade: 22anos Tabagismo: não Escolaridade: 4ª Sorologia anti HIV -	Não sei	Não imagino

O que você poderia falar sobre o tratamento da tuberculose

Sujeitos	Ideia central	Expressões chaves
Alpha Sexo: masculino Idade: 44anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	HAHAHA	Basta tiver força de vontade para curar... Mas os remédios como retrovirais é muita carga... na 1ª vez não tive força de vontade e abandonei o tratamento
Bravo Sexo: masculino Idade: 40anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV +	Desagradável Muitos comprimidos	Os remédios são em jejum o que torna desagradável Mas estou sentindo melhor
Charli Sexo: masculino Idade: 42 anos Escolaridade: 3ª classe Tabagismo: sim Alcoólatra: sim Sorologia anti HIV-	Não tenho dificuldade	Mas o tratamento é forte... Sensação de enjoo sempre que tomo o medicamento
Delta Sexo: masculino Idade: 32anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Muito remédio	Às vezes dá vontade de parar Muito remédio, no começo é muito difícil adaptar
Eco Sexo: masculino Idade: 22anos Escolaridade: 6ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV -	A febre e tosse diminuíram bastante	Depois que comecei o tratamento A febre e a tosse diminuíram, mas com dores nas costelas

O que você acha que poderia mudar para facilitar o seu tratamento

Sujeitos	Ideia central	Palavra chaves
Alpha Sexo: masculino Idade: 44anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Arranjar um emprego Uma vida melhor	Sabe a pobreza é assim... Não tenho trabalho fixo Não tenho quem me dar para sustento da minha família
Bravo Sexo: masculino Idade: 40anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Remédio em casa	É um aconchego, tem várias falando... o remédio em casa seria bom
Charli Sexo: masculino Idade: 42 anos Escolaridade: 3ª classe Tabagismo: sim Alcoólatra: sim Sorologia anti HIV	Diminuir os medicamentos	O medicamento injectável Seria melhor pelo menos no meu caso...
Delta Sexo: masculino Idade: 32anos Escolaridade: 3ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Consultas em menos espaços de tempo	Encontrava-me com gripe durante 15 dias e tive muita dificuldade em marcar uma consulta ... muitos dias de espera
Eco Sexo: feminino Idade: 22anos Escolaridade: 6ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Passar muito tempo internado	Porque em casa a gente descuida Aqui tem médico e Enfermeiros que cuida de nós direitinho. Sem discriminação

O que gostaria que tivesse diferente nesta unidade hospitalar

Sujeitos	Ideia central	Expressões chaves
Alpha Sexo: masculino Idade: 44anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Palestra com vídeo	Para esclarecimento... é uma doença que pode aparecer em qualquer pessoa, com vídeo a gente entende melhor
Bravo Sexo: masculino Idade: 40 anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV+	Uma sala de espera	Uma pessoa recebe visitas no corredor ou no pátio... não dá
Charli Sexo: masculino Idade: 32 anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Mais sala de internamento	Uma pessoa sente melhor.... Chega um novo doente na fase inicial a gente fica exposta... piora
Delta Sexo: masculino Idade: 42anos Escolaridade: 4ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV-	Não precisa de nada	Não precisa de nada
Eco Sexo: feminino Idade: 22anos Escolaridade: 6ª classe Tabagismo: não Sorologia anti HIV	Colocar panfletos explicando melhor a doença	Porque quando uma pessoa senta e lê uma coisa mais explicativa, vai tomar mais cuidado